

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

N° 318

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Anne-Marie CACHIN

Née le 22 Mai 1909, à Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PLACEMENT EN STATION DE CURE
DES
ENFANTS TUBERCULEUX

Président de thèse : BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

N^o

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Anne-Marie CACHIN

Née le 22 Mai 1909, à Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PLACEMENT EN STATION DE CURE
DES
ENFANTS TUBERCULEUX

Président de thèse : BEZANÇON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

Le Doyen..... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
	LOEPER
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO
Clinique chirurgicale.....	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique.....	LENCRMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	MOCQUOT.
pédie	
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMATTE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	DEZANÇON.
dulte	
Clinique cardiologique	MATHIEU.
Assistance Médico-Sociale.....	LAUBRY.
	CROUZON.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. MENEGAUX
 Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale..... COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Pharmacologie HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUÉJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiâtrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale... MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale... PETIT-LUTZ II^{es}
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Chimie biologique..... SANNIÉ.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie expérimentale TROISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Anatomie pathologique.. LEROUX.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.		VELTER.	
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
LE LORIER			
LÉVY-SOLAL			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie.....	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MON MARI

A MA MERE

A MON FILS

A MES FRERE ET SŒUR

A MON BEAU-PERE

LE DOCTEUR CHARLES CACHIN

A MA TANTE

A TOUS LES MIENS, A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

Professeur de Clinique de la Tuberculose
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laennec

En hommage de mon respectueux attachement et de ma très vive gratitude pour l'affectueuse bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE BERNARD

Professeur Agrégé à la Faculté
Médecin de la Salpêtrière

*Qui m'a inspiré ce travail et
m'a guidé dans sa réalisation.
Qu'il veuille bien trouver ici
l'assurance de toute ma re-
connaissance pour l'affectueuse
sollicitude qu'il m'a témoignée
durant toutes mes études mé-
dicales et pour l'année d'Ex-
ternat si attrayante que j'ai
passée auprès de lui.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. BRECHOT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

*Mon premier maître dans
l'Externat, en témoignage de
mon fidèle attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BENSAUDE

Médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Antoine

*En hommage de ma vive
gratitude et de ma respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIEU-PIERRE WEILL

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

En souvenir de son enseignement si vivant et si enthousiaste.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. J. WEISSENBACH

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

En hommage de mon respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

1928 M. LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*) ;

1928 M. LE PROFESSEUR BEZANÇON.

Externat :

1929 M. LE DOCTEUR BRECHOT ;

1930 M. LE DOCTEUR BENSAUDE ;

1931 M. LE DOCTEUR M.-P. WEILL ;

1932 M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON ;

1933 M. LE DOCTEUR R. J. WEISSENBACH ;

1934 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE BERNARD.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

JACQUELIN, BASCH, HILLEMAND, LAMY,

SOULIE, CATTAN

Médecins des Hôpitaux de Paris

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BRAUN, POIX, LAFOURCADE, LE BARON

POSITION DE LA QUESTION

Des efforts considérables ont été faits depuis 25 ans pour doter l'armement antituberculeux en France.

En 1912, on ne comptait encore que quelques sanatoriums, dont le nombre et l'importance n'étaient pas en relation avec le chiffre des tuberculeux. Admis dans les salles communes des hôpitaux, les tuberculeux ne pouvaient recevoir les soins que nécessitaient leur état ; beaucoup d'entre eux n'étaient hospitalisés qu'à une période avancée de la maladie.

Mais depuis cette époque l'initiative privée et les pouvoirs publics, alertés par le cri d'alarme des médecins, ont réalisé une œuvre anti-tuberculeuse considérable. Cette œuvre a produit les effets les plus salutaires et la morbidité et la mortalité générales par tuberculose ont très nettement rétrogradé.

Œuvre sociale et technique thérapeutique ont uni leurs efforts dans la lutte antituberculeuse ; et le combat continue.

Dans ce considérable travail, tout paraît avoir été mené de front :

lutte contre la tuberculose pulmonaire,
contre les tuberculoses locales,
contre la tuberculose de l'adulte,
contre la tuberculose de l'enfant.

Toutefois peut-être la tuberculose de l'enfant a-t-elle été l'objet de moins d'efforts que celle de l'adulte.

Nous allons chercher dans ce travail, inspiré par notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé Etienne BERNARD, à établir ce qui a été fait dans cet ordre d'idées. Nous bornerons nos recherches, nos investigations et nos conclusions aux moyens actuels de la lutte antituberculeuse chez les enfants de 0 à 15 ans du département de la Seine, et nous tâcherons d'établir si l'armement antituberculeux à ce point de vue et pour cette région est suffisant.

Il ne s'agit pas ici, et nous y insistons, d'étudier et de juger les œuvres diverses, si nombreuses et si belles, qui ont été fondées pour la prévention et la prophylaxie de la tuberculose des enfants ; nous ne voulons nous occuper que des petits tuberculeux en phase évolutive.

Notre travail ainsi limité, nous désirons après avoir montré l'importance de la tuberculose infantile, relater très brièvement ce qui a été réalisé pour les enfants tuberculeux en dehors de Paris, nous étendre ensuite sur ce qui est fait actuellement pour eux à Paris et dans le département de la Seine et voir enfin s'il n'y a pas de lacunes dans l'armement ainsi considéré, les causes de ces lacunes et les remèdes à apporter à la situation présente.

C'est l'œuvre de l'Union Internationale contre la tuberculose de réunir dans ses intéressants bulletins la documentation qui concerne l'armement de chaque pays affilié à l'Union Internationale. Nous ne ferons donc que donner ici un aperçu.

QU'A-T-ON FAIT EN PROVINCE ET A L'ETRANGER POUR LES ENFANTS TUBERCULEUX

Avant de rechercher ce qui a été fait pour les enfants tuberculeux pulmonaires du département de la Seine, nous voulons donner un aperçu des efforts réalisés dans le même sens en province et à l'étranger.

Nous laisserons de côté délibérément tout ce qui intéresse la prévention pour nous borner à signaler ce qui représente les œuvres de traitement.

Prenons par exemple la Gironde ; nous relevons :

le sanatorium protestant au Moulleau : 80 lits,
la colonie Henri Cadanjac : pour garçons jusqu'à 13 ans,

le nid médocain à Cantenac : 65 lits pour enfants de 1 à 5 ans,

le sanatorium de Montchic à Lacanau : 300 lits pour filles et garçons,

3 sanatoriums hôpitaux.

Dans les colonies françaises, la prévention a absorbé presque tous les efforts ; un hôpital sanatorium est en construction à Boullant (Maroc) ; un hôpital pour tuberculeux est prévu à Dakar.

Ces établissements recevront surtout des adultes ; combien de lits réserveront-ils aux enfants ?

En Belgique :

La Coopération nationale belge contre la tuberculose possède un sanatorium d'altitude de 80 lits à Montana (Valais Suisse).

Dans les Pays-Bas :

Avec 350 lits pour adultes, nous trouvons 910 lits pour enfants.

Ces lits sont ainsi répartis sur le territoire :

sanatorium d'AJELDORN	70 lits
— de BEMMEL	10 —
— de DOORN	42 —
— de GENNEP	22 —
— de ROESSEK	25 —
— de HELLENDORP	4 —
— de LORIN	224 —
— de OASTKAPELLE	25 —
— de SCHEVENINGUE	79 —
— de VEULO	100 —
— de ZANDVOORT	29 —
— de ZEVENAER	5 —
Hôspice de mer de ROTTERDAM	217 —
Sanatorium catholique du Brabant septentrional	35 —

En Norvège :

Les tuberculeux sont isolés d'office dans « des maisons de tuberculeux », même contre leur gré ; et tout

tuberculeux peut être placé dans un délai très court.

A la vérité les contagieux et les incurables sont surtout reçus dans les maisons de tuberculeux, où, en 1930, aucune organisation réelle de cure et de traitement ne fonctionnait. Pour éviter à ces établissements la réputation de « maisons où l'on meurt » on admet aussi parfois quelques tuberculeux curables.

1350 lits dans les sanatoriums et 700 lits dans les hôpitaux reçoivent les bacillaires ; dans ce nombre, 200 lits sont réservés aux enfants.

La proportion des décès y était encore considérable en 1930.

En Pologne :

Il y a 49 sanatoriums avec 5209 lits ; 7 de ces sanatoriums reçoivent des enfants auxquels ils assurent 672 lits.

*
**

Dans l'ensemble les établissements où les enfants tuberculeux pulmonaires peuvent être reçus et traités sont peu nombreux ; le nombre des lits semble insuffisant.

PLACEMENT ACTUEL DES ENFANTS TUBERCULEUX

Recherchons maintenant les établissements de cure pour les enfants tuberculeux pulmonaires en évolution du département de la Seine.

Ces enfants sont placés dans les établissements de cure, soit par leur famille, soit par l'administration de l'Assistance Publique, soit par l'Office Public d'Hygiène Sociale, soit par les Assurances Sociales.

Nous nous intéressons évidemment d'une façon spéciale aux trois dernières catégories.

La première en effet de ces catégories comprend les tuberculeux des familles aisées qui placent elles-mêmes leurs enfants dans une maison de cure de leur choix, ces enfants échappent à toute statistique, à tout contrôle de chiffres.

Quels établissements ont à leur disposition, et de combien de lits disposent, pour les enfants du département de la Seine l'Assistance Publique, les Assurances Sociales, l'Office Public d'Hygiène Sociale ?

A Paris les enfants tuberculeux sont reçus d'abord dans les divers hôpitaux d'enfants de la ville ; ils n'y sont pas toujours isolés.

Les cas graves sont reçus dans un service spécial de la Salpêtrière, service dirigé par Monsieur le Professeur Agrégé Etienne BERNARD.

a) Il y a d'abord le

SANATORIUM SUBURBAIN DE BRÉVANNES-ENFANTS

Dans la partie la plus isolée de Brévannes (commune de Limeil Brevannes, Seine-et-Oise), à 18 kilomètres au sud-est de Paris l'Assistance Publique a bâti en 1910 un hôpital d'enfants. Destiné d'abord à des convalescents, cet hôpital reçoit maintenant des tuberculeux pulmonaires. Les enfants y sont reçus depuis les premiers mois de la vie jusqu'à leur quinzième année.

Un parc boisé y abrite quatre pavillons construits avant la guerre ; en 1920, deux baraquements y ont été ajoutés.

Un pavillon (Barthez) est affecté à des convalescents, de coqueluche et de scarlatine (70 lits).

Les enfants tuberculeux ont à leur disposition :

1°) 250 lits pour la primo-infection et ses séquelles (séjour de 6 à 15 mois en préventorium surveillé avec cure sanatoriale), ainsi répartis :

150 lits (pavillon Roussel et Brun) pour les enfants tuberculeux de 6 à 15 ans).

20 lits pour nourrissons et 80 pour enfants de 2 à 6 ans.

2° 80 lits pour enfants atteints de tuberculose pulmonaire chronique ou tuberculose à foyers multiples : séjour de durée indéfinie.

b) il y a ensuite le

SANATORIUM DU ROC DES FIZ

Situé à 1250 m. d'altitude, il se trouve au pied de la falaise des Fiz, dans une vaste clairière, ouverte au midi, en face de Saint-Gervais.

Il est abrité par les forêts avoisinantes et au Nord par une haute muraille rocheuse. Les vents y sont rares. Le soleil s'y attarde chaque jour de façon prolongée.

Cet établissement comprend 150 lits répartis en pavillons séparés.

Le bâtiment central comprend 4 étages ; il contient 2 dortoirs de 14 lits pour malades alités. Quatre pavillons latéraux de 28 lits sont branchés sur lui en Y. Le lazaret est proche du bâtiment central, mais isolé.

Les divers pavillons sont reliés au pavillon central par des galeries vitrées et chauffées.

Cette construction répond donc à la conception du village-sanatorium ; chaque pavillon garde en effet son autonomie, mais les enfants peuvent se rendre au réfectoire, à la visite médicale sans danger de refroidissement.

La présence de pavillons d'une part et, d'autre part, de dortoirs centraux réservés aux malades gravement atteints permet une triple séparation selon le sexe, l'âge et le degré de la maladie.

L'enfant à son arrivée est conduit directement au lazaret (18 lits) où il fait un séjour d'isolement et d'ob-

servation de 25 jours. Après ce laps de temps, il est, suivant son état, dirigé soit sur le bâtiment central, s'il doit rester alité, soit sur les pavillons latéraux, s'il est autorisé à mener une vie plus active. Au cas où une aggravation survient, il peut passer des pavillons latéraux au bâtiment central et vice-versa en cas d'amélioration.

Depuis son ouverture, qui date du début de 1932, le nombre d'inscription des fillettes est demeuré supérieur à celui des garçons, aussi ces derniers attendent-ils moins longtemps leur entrée au sanatorium, une fois leur demande agréée.

Le contrat existant entre le sanatorium du Roc des Fiz et l'Assistance Publique de Paris stipule que 20 lits pour enfants des deux sexes sont mis à la disposition de cette dernière.

c) Viennent ensuite le

SANATORIUM DES NEIGES à Briançon

Il reçoit des fillettes de 4 à 15 ans, des garçons de 4 à 12 ans.

Cet établissement situé à 1350 m. d'altitude, dans la haute vallée de la Durance bénéficie de caractéristiques climatiques particulières. En effet Briançon est soumis à l'influence méditerranéenne et la rudesse de l'altitude se trouve de ce fait corrigée par la douceur provençale.

Les brouillards y sont rares, les précipitations moins abondantes que dans tout le voisinage.

Le Briançonnais bénéficie en outre d'un maximum de luminosité. Il est abrité des vents par les hautes montagnes qui l'entourent, massif du Pelvoux, contre forts de la Croix de Toulouse.

d) le sanatorium d'ANGICOURT

reçoit des fillettes de 10 à 15 ans et 10 lits y sont retenus pour l'Assistance Publique.

Aux côtés de ces établissements bien catalogués, il faut faire une place particulière, intermédiaire entre les services hospitaliers et les établissements de cure proprement dits au service de tuberculose de l'hospice de la Salpêtrière, dirigé par notre Maître, le Professeur Agrégé Etienne BERNARD.

Il s'agit en effet d'un service spécialisé comprenant outre un certain nombre de lits (134 lits) pour adultes femmes :

30 lits pour garçons,
30 lits pour fillettes,
et 18 lits de crèche pour nourrissons.

Ce service comporte un très grand jardin où les enfants peuvent se livrer au jeu ; en outre depuis 1936, ce service a été doté d'une galerie de cure.

Le Professeur Agrégé Etienne BERNARD le décrit longuement dans son intéressant article du Documentaire Médical (Décembre 1935) ; nous citerons quelques passages.

« Les enfants à leur arrivée, sont isolés pendant 3 semaines dans des box individuels. Il en existe 10

pour les garçons et 10 pour les filles. Après ce délai seulement ils sont mis en contact avec les autres enfants. Ceux qui peuvent le faire continuent leurs études grâce aux soins diligents de l'Ecole à l'Hôpital. Chaque année plusieurs enfants sont admis au Certificat d'Etudes.

La crèche est entièrement boxée. Elle est très lumineuse éclairée de chaque côté par de grandes baies vitrées. Près de la crèche a été aménagée une salle d'examens pour les nourrissons.

Pour les nourrissons et les enfants, il y a sans distinction, toutes les catégories. Les malades viennent des services ou consultations des divers hôpitaux de Paris. Des formes très différentes par leurs symptômes et par leur pronostic sont ainsi réunies, depuis les primo-infections à tendance rapidement régressive jusqu'aux formes les plus graves, granulie, broncho-pneumonie aiguë, en passant par les formes à type de lobite évolutive traitée comme chez l'adulte par la collapsothérapie. »

II. *Placements par l'Office Public d'Hygiène Sociale.*

Cet office dispose des établissements suivants :

a) sanatorium de Villepinte, qui reçoit des femmes et des fillettes de 6 à 15 ans.

b) sanatorium de Villiers-sur-Marne qui reçoit des enfants des 2 sexes de 5 à 15 ans.

c) sanatorium de Magnanville qui, avec des adultes reçoit des enfants de 7 à 15 ans.

d) le sanatorium d'Ormesson qui reçoit des enfants des 2 sexes.

e) le sanatorium de La Chapelle St-Mesmin.

III. Placements par les Assurances Sociales.

Les Assurances Sociales ne s'occupent du placement des enfants tuberculeux que s'il y a carence des organisations publiques.

Elles utilisent les sanatoriums de

La Lance Lutterbach,

Les Neiges à Briançon,

Le Roc des Fiz.

Le nombre d'enfants dont le placement en sanatorium leur incombe a beaucoup diminué ces derniers temps.

*
**

A la date du 1^{er} avril 1937, les enfants tuberculeux pulmonaires au compte de l'Assistance Publique placés dans les différents sanatoriums dont il a été question étaient de 394 dont 361 à Brévannes.

Ils étaient en effet ainsi répartis :

sanatorium de Brévannes	361
— du Roc des Fiz	6
— des Neiges	27
	—
	394

A la même date, l'Office Public d'Hygiène Sociale entretenait 198 enfants tuberculeux se répartissant ainsi :

sanatorium d'Aincourt	8
— des Neiges	74
— de la Chapelle St-Mesmin	14
— de Villepinte	15
— de Villiers-sur-Marne	33
— d'Ormesson	35
— de Magnanville	13

192

Les Assurances Sociales avaient placé dans les sanatoriums entre le mois d'octobre et le mois d'avril 1937 c'est-à-dire pendant une période de 6 mois huit enfants des deux sexes atteints de tuberculose pulmonaire :

La Lance Lutterbach	4
Les Neiges	3
Le Roc des Fiz	1

L'examen de ces chiffres suggère quelques réflexions :

Le nombre des formations sanitaires pour cure d'enfants tuberculeux du département de la Seine et le nombre des lits mis à la disposition de ces malades sont manifestement insuffisants, si l'on se représente que la population du département comprend près de 5 millions d'habitants.

Aucun établissement de cure, en dehors des 20 lits de l'hospice de Brévannes ne reçoit les nourrissons.

Les lits prévus par contrat ne sont pas toujours mis à la disposition des administrations publiques; c'est

ainsi que le sanatorium du Roc des Fiz qui doit recevoir 20 enfants de l'Assistance Publique n'en avait que 6 au 1^{er} avril, alors qu'un très grand nombre attendaient en vain leur placement pour cet établissement.

Des renseignements recueillis, il résulte qu'assez souvent les malades ne font pas dans les sanatoria un séjour assez prolongé.

Il faut signaler aussi que la loi des Assurances Sociales ne permet pas de prolonger le traitement des assurés sociaux au-delà de 6 mois. Après ce laps de temps, le versement des Assurances sociales n'est pas effectué et l'enfant doit être secouru par une autre collectivité ou par sa famille. S'il devait quitter le sanatorium au bout de 6 mois, on sait que cette durée de séjour ne suffit pas en général à assurer une guérison durable.

Nous avons vu que les formations sanitaires qui reçoivent et traitent les enfants tuberculeux sont trop rares et que le nombre de lits dont y disposent les enfants malades du département de la Seine, y est relativement infime.

Si nous recherchons d'autre part le mode de placement de ces enfants dans les établissements de cure, nous voyons que les formalités requises sont compliquées et longues.

Le professeur agrégé Etienne BERNARD et le docteur Dreyfus SÉE ont étudié dans la *Revue de la Tuberculose* (tome II, n° 7, juillet 1936) les lenteurs et difficultés des placements en station de cure des tuberculeux adultes et enfants.

Nous emprunterons à leur mémoire l'essentiel de notre exposé :

Les enfants de moins de 4 ans placés en sanatorium, en l'espace de trois années (1933 à 1936) sont au nombre de 38; tous provenant de l'hospice de la Salpêtrière et tous placés à Brévannes.

Des 38 enfants placés :

19 l'ont été en moins de deux mois ;

19 entre deux et cinq mois ;

Les autres enfants malades n'ont pu être placés ; ils ont été repris par leur famille, soit parce que le placement était trop long, soit parce qu'il était impossible.

Les enfants de 4 à 15 ans, tuberculeux pulmonaires, placés en établissements de cure pendant le même temps (1933 à 1936) ont été au nombre de 74 :

29 provenaient de l'A. P. ;

38 provenaient de l'O. P. H. S. ;

7 étaient placés par leur famille.

De ces 74 malades 42 ont quitté la capitale en moins de 2 mois.

20 entre deux et cinq mois ;

12 après cinq mois.

D'autres ne sont pas partis parce que le placement était trop long ou impossible.

La publication du professeur agrégé Etienne BERNARD remonte au mois de mars 1936.

Depuis cette date, le professeur agrégé Etienne BERNARD a établi le délai moyen d'attente pour ces

trois dernières années; il a eu l'amabilité de nous en communiquer les tout récents renseignements suivants :

En 1935, ce délai moyen d'attente fut de 80 jours

En 1936, il fut de..... 78 —

En 1937, il fut de..... 81 —

A la date du 15 mars 1938, les documents que nous avons pu consulter dans son service nous ont montré que le délai pour le départ des 6 derniers enfants envoyés en station de cure était de 89 jours. En outre, en prenant connaissance de la situation de ceux qui attendent actuellement leur départ, tout laisse prévoir encore un allongement de ces délais.

Les retards à l'envoi dans les divers sanatoriums sont donc considérables, puisque certains dépassent cinq mois; et cependant comme l'ont fait judicieusement remarquer le professeur agrégé Etienne BERNARD et le docteur G. Dreyfus SÈE, « les propositions de placement ne sont établies qu'après une période d'observation ou de cure souvent prolongée et seulement lorsque l'étude de l'évolution de la maladie en montre la nécessité. Il faut prévoir en outre un certain retard provoqué par la négligence des familles dont l'accord est indispensable pour l'établissement des propositions. En définitive, les propositions de placement émanant de notre service sont toujours urgentes, parce qu'elles ne sont faites qu'après un délai d'observation utile, en s'entourant de toutes les garanties permettant de faire un placement justifié ».

En résumé, les enfants de moins de 4 ans ont été envoyés à Brévannes, qui est le seul établissement pouvant recevoir les enfants du premier âge. « 50 % ont dû attendre plus de deux mois et jusqu'à cinq mois, à partir du moment où leur état nous paraissait justifier leur départ à la campagne. » Etienne BERNARD (*loco citato*).

Pour les enfants de 4 à 15 ans provenant de l'Assistance Publique, l'évacuation peut se faire sur le sanatorium de Brévannes, mais 25 % attendent encore plus de 2 mois.

« En ce qui concerne les sanatoriums de l'O. P. H. S., les délais de placement dépassent deux mois dans 70 % des cas, parmi lesquels 25 % ont attendu plus de cinq mois ».

Si nous recherchons parallèlement aux malades graves, dont l'état nécessite l'entrée au sanatorium, ce que deviennent les petits tuberculeux « moins gravement atteints, chez lesquels, après une observation de quelque temps, on a constaté l'absence d'évolution actuelle ou un début de régression permettant de les diriger sur un préventorium surveillé, pour activer ou parachever leur cure », nous constatons que la situation n'est guère meilleure.

Les malades de l'A. P. ne peuvent qu'exceptionnellement être dirigés sur un préventorium, puisque l'A. P. ne possède essentiellement que des préventoriums marins.

Ceux de l'O. P. H. S., pour des raisons que nous exposerons plus loin, parce que le nombre des places

est trop restreint, attendent également au moins deux mois; le 1/3 des enfants attendent plus de cinq mois.

« L'étude comparative de la durée d'attente depuis 3 ans ne nous montre aucun progrès à ce point de vue.

En 1935 :

6 enfants ont attendu 3 mois et 3 mois 1/2 ;

2 enfants ont attendu 5 mois ;

2 enfants ont attendu plus de 6 mois.

A ces chiffres, il est intéressant d'opposer les délais d'attente des placements privés qui se font souvent dans des établissements dans lesquels l'O. P. H. S. a des lits, et dont la durée moyenne ne dépasse cependant pas 3 semaines.

Ainsi à Chavaniac, un enfant envoyé par l'intermédiaire de l'O. P. H. S. a dû attendre 3 mois, alors que peu après une inscription faite directement avec remboursement ultérieur par les Assurances Sociales permettait un envoi en 3 semaines ».

Les conséquences du retard des placements d'enfants tuberculeux sont faciles à comprendre :

Il arrive en effet que l'état d'un malade nécessite son entrée dans un établissement de cure, mais que cet état aggravé par des mois d'attente ne le rende plus justiciable d'un traitement sanatorial le jour où son admission est prononcée.

Ces cas ne sont pas théoriques; et fréquemment l'évolution des lésions pendant la période d'attente fait modifier ensuite la décision primitive.

L'état peut s'aggraver, surtout pour les enfants qui attendent à domicile leur entrée au sanatorium; l'anorexie survient, le poids n'augmente plus ou diminue, la fièvre est continue et les lésions progressent; le jour où l'enfant peut enfin entrer en sanatorium, il est dans de mauvaises conditions ou bien son entrée n'est plus indiquée.

D'autre part, M. le professeur agrégé Etienne BERNARD et le docteur Dreyfus SÉE appellent l'attention sur l'état d'esprit des familles « à qui le médecin a souvent affirmé, avant l'entrée du jeune malade à l'hôpital, la nécessité d'un départ rapide à la campagne ou à l'altitude et qui voient leur enfant séjourner pendant des mois dans un établissement hospitalier parisien.

Nombre d'entre elles s'impatientent et reprennent leur enfant malgré l'avis médical ».

Et les mêmes auteurs ajoutent :

« L'étude du tableau statistique nous montre, durant ces trois dernières années, que 40 % des jeunes tuberculeux de La Salpêtrière sont ainsi rendus ou repris par leurs familles et placés souvent dans des conditions défavorables : cure mal surveillée, aération insuffisante, fatigue excessive et parfois milieu insalubre et danger de surinfection; dans de très nombreux cas, des enfants sortis très améliorés par un séjour à La Salpêtrière y ont été ramenés après quelques semaines ou quelques mois de séjour chez eux avec une aggravation de leur état général ou une évolution de leurs lésions.

Signalons encore une autre conséquence fâcheuse de cet état de choses : le retard à l'écoulement des malades vers les établissements de cure de l'extérieur entraîne l'encombrement des services hospitaliers parisiens.

**

Le professeur agrégé Etienne BERNARD et le docteur Dreyfus SÉE ont signalé également une autre difficulté de placement : c'est celle qu'offrent les enfants porteurs de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaires, osseuse en particulier. En effet les sanatoriums renvoient dans leurs familles de tels malades.

Ceci est d'autant moins défendable qu'à l'heure actuelle tous les centres importants de cure sont en liaison étroite avec un centre chirurgical et d'autre par l'exemple de Laysin est bien là pour montrer qu'on peut soigner à l'altitude et tuberculose pulmonaire et tuberculose extra-pulmonaire et tuberculoses mixtes. En effet ces tuberculoses mixtes, toutes précautions étant prises, bénéficient souvent de l'héliothérapie.

**

Il convient maintenant de rechercher les raisons des lenteurs apportées au placement des enfants tuberculeux; elles sont diverses et d'importance inégale.

Au premier rang se placent l'insuffisance du nombre des lits, le trop petit nombre des établissements destinés à ces malades. En totalisant les entrées en sana-

torium des enfants envoyés par l'Assistance Publique, les Assurances Sociales et l'O. P. H. S. on arrive à un chiffre bien faible pour une population aussi considérable. Si l'on considère d'autre part qu'un séjour en sanatorium est d'une durée incomparablement plus longue qu'un séjour hospitalier ordinaire, on se rend parfaitement compte que toutes les demandes ne peuvent être satisfaites.

Il est indispensable d'autre part de faire ressortir que pour les nourrissons, les seuls lits de sanatorium sont à Brévannes au nombre de 20. Cette lacune fort importante est sans doute due au fait que le travail du personnel est beaucoup plus obsorbant pour les nourrissons que pour les enfants plus grands et les adultes.

Il y a lieu de signaler aussi la résistance de certains parents à l'envoi de leur enfant en sanatorium. Ils mettent parfois longtemps à se décider, à donner leur consentement, et leur incompréhension empêche l'enfant de profiter en temps voulu de la cure ou même s'oppose parfois à toute mesure curatrice. Ces cas sont rares, mais il y a lieu d'en tenir compte.

Les difficultés rencontrées par le placement des enfants tuberculeux en sanatorium sont nombreuses.

Elles tiennent, comme l'ont montré le professeur agrégé Etienne BERNARD et le docteur Dreyfus-SÉE, à deux causes principales :

la difficulté d'obtenir l'assistance médicale gratuite ;

la multiplicité des rouages.

a) L'assistance médicale gratuite est accordée par le domicile de secours du malade. Ce domicile de secours est parfois introuvable. Parfois la commune ne répond pas; très souvent elle répond tardivement. Parfois le maire de la commune d'origine propose une autre formation sanitaire; une correspondance s'établit entre le maire et le service qui, après examen et observation, a demandé le placement le plus indiqué; les semaines et les mois passent.

b) Les lenteurs administratives s'expliquent par la multiplicité des rouages qui entrent en jeu après une demande d'admission au sanatorium.

M. le professeur agrégé Etienne BERNARD et Mlle Dreyfus SÉE ont suivi les diverses étapes d'une demande de placement sanatorial par l'O. P. H. S. d'un malade de banlieue, enfant d'assuré social, indigent.

Ces étapes étaient en 1936 au nombre de 14 :

1° Du service hospitalier au bureau de l'hôpital ;

2° Des bureaux de l'hôpital aux bureaux de l'Assistance Publique ;

3° Des bureaux de l'A. P. aux bureaux de l'O. P. H. S. ;

4° Des bureaux de l'O. P. H. S. au dispensaire dont relève le malade (enquête sociale);

5° Retour de l'enquête sociale du dispensaire du malade aux bureaux de l'O. P. H. S. ;

6° Des bureaux de l'O. P. H. S. au dispensaire de la contre-visite ;

7° Du dispensaire de la contre-visite (résultat de la contre-visite) aux bureaux de l'O. P. H. S. ;

8° Transmission du dossier des bureaux de l'O. P. H. S. au dispensaire du malade ;

9° Du dispensaire du malade à la mairie du domicile de secours ;

10° De la mairie du domicile de secours aux Assurances Sociales pour obtenir la part des Assurances Sociales ;

11° Des Assurances Sociales à la mairie qui délibère sur l'octroi de l'Assistance médicale gratuite ;

12° De la mairie (transmission de dossier) à la préfecture ;

13° De la préfecture aux bureaux de l'O. P. H. S. ;

14° Des bureaux de l'O. P. H. S. à la famille du malade.

(*Revue de la Tuberculose*, tome II, n° 7, juillet 1936, p. 860).

Chacun pensera d'autre part aux arrêts prolongés du dossier dans chacune des étapes. Il arrive que dans ses pérégrinations le dossier s'égare et se perde ; parfois des pièces disparaissent.

Citons encore ces lignes du professeur agrégé Etienne BERNARD :

« En voyant le tableau où se résument toutes les chinoiseries de la vie administrative, quel est votre sentiment ? Nous n'insisterons pas. Les mots seraient moins éloquents que les faits rapportés. Je n'ai pas le

monopole du cri d'alarme. Ecoutez ce passage emprunté à un rapport récent de M. GODARD, médecin chef du service des cures de la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise : « Il règne une anarchie complète dans les placements, étant donné qu'un malade ne peut le plus souvent partir en cure qu'avec l'appui financier de plusieurs organismes et que chacun de ces organismes a son propre service de placement. Il nous faut un centre unique de placements communs à l'Assistance Publique, à l'O. P. H. S., aux caisses d'Assurances Sociales.

COMMENT EXPLIQUER LES LACUNES DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX

Nous avons vu les lacunes de l'armement anti-tuberculeux en ce qui concerne les enfants. Nous allons essayer d'en retrouver les causes.

Sans doute la cause principale est-elle dans le fait que la tuberculose des adolescents et des adultes paraît plus fréquente et pour le commun des hommes plus sensible, plus visible ; l'attention générale des pouvoirs publics et des collectivités a été plus attirée par des apparences et l'effort a porté surtout sur les adolescents et les adultes.

Une autre cause tient à l'histoire des connaissances sur la tuberculose des enfants de la première et de la deuxième enfance.

M. le professeur agrégé Etienne BERNARD développe cette cause dans son intéressant article du *Documentaire Médical*, n° 10, décembre 1935 :

« On a admis pendant longtemps que la tuberculose pulmonaire était toujours mortelle chez l'enfant du premier âge ; cette assertion n'apparaît plus exacte aujourd'hui, notamment depuis les travaux de Léon BERNARD et DEBRÉ. Nous pouvons constater journal-

lement des guérisons, surtout quand il s'agit d'enfants ayant été contaminés après l'âge de 6 mois. Quant à l'enfant entre 5 et 15 ans il a été classique d'écrire que lorsqu'il était touché par la tuberculose, c'était au niveau des articulations et des os et à peu près jamais au niveau des poumons. Une visite à Rambuteau (service du professeur agrégé Etienne BERNARD, hospice de La Salpêtrière) ou à Brévannes-enfants (docteur CHEVALLEY) prouverait qu'il faut atténuer cette formule, car nous pouvons y voir de nombreux sujets de la seconde enfance atteints de tuberculose pulmonaire.

Cette double erreur — évolution toujours mortelle de la tuberculose du très jeune enfant, apparition exceptionnelle de la tuberculose pulmonaire dans la seconde enfance — explique, pour une part, que l'effort de l'armement antituberculeux ait négligé le problème du placement sanatorial des enfants tuberculeux pulmonaires. Faute de sanatoriums en nombre suffisant, on envoie souvent en préventoriums des enfants convalescents d'une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire. Là ils sont mêlés avec des enfants qui n'ont jamais eu de symptômes cliniques lésionnels et qui ont seulement une cuti-positive, et même avec des enfants qui ont une cuti-négative. Cela n'est pas absolument sans risques ».

Actuellement l'examen clinique mieux orienté, l'examen radiographique, la cuti-réaction, les nouvelles méthodes de recherche du bacille de Koch ont établi la fréquence exacte de tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

Le docteur LESTOQUOY (*La Médecine*, n° 7, mai 1937, p. 349 et suiv.) tout en signalant une régression de la tuberculose infantile depuis 25 ans, grâce aux mesures de prophylaxie, trouve encore pour 100.000 enfants de chaque groupe d'âge la mortalité suivante par tuberculose pulmonaire en 1932 :

0 à 1 an	95
1 à 4 ans.....	20
5 à 9 ans.....	8
10 à 14 ans.....	33

Nous lisons sous la plume du même auteur :

« Les travaux actuels tendraient à faire croire à une augmentation considérable du nombre des enfants atteints de tuberculose pulmonaire, alors qu'il y faut voir le résultat d'un dépistage plus soigneux, suivi d'un diagnostic plus exact.

Le chiffre d'enfants malades inscrits dans les dispensaires au 31 décembre 1934 comportait :

288 tuberculeux pulmonaires bacillifères ;
1.526 tuberculeux pulmonaires supposés non
bacillifères.

Si l'on rapporte ces chiffres au nombre d'enfants de moins de 15 ans recensés en 1931, soit 799.700 dans le département de la Seine et 9.440.000 dans la France entière il apparaît que pour 1.000 enfants il y a 5 tuberculeux dans le département de la Seine où le dépistage est probablement plus facile et 2,4 dans la France entière.

(Docteur LESTOQUOY, *La Médecine*, mai 1937, p. 365).

Relativement à la mortalité totale, la tuberculose cause :

2 % des décès de 0 à 1 an ;

14 % de 1 an à 4 ans ;

28 % de 5 à 9 ans ;

37 % de 10 à 14 ans.

Ces chiffres suffisamment éloquentes montrent que si la non-connaissance de l'extension de la tuberculose pulmonaire infantile a pu expliquer le retard de la construction des établissements destinés aux enfants, ce retard n'est plus justifié aujourd'hui.

CE QU'IL FAUDRAIT

Il faut donc compléter l'armement antituberculeux en ce qui concerne les enfants tuberculeux pulmonaires.

Sur quel point doit porter l'effort ?

Il est nécessaire d'augmenter le nombre de lits, mais aussi de choisir différents sanatoriums en plaine et en altitude, de telle sorte que chaque malade puisse être dirigé sur l'établissement que commande l'état de ses poumons.

« Il convient que des dispositions particulières d'isolement soient prises pour les nourrissons porteurs de primo-infection en période évolutive; il faut les considérer tous comme bacillifères et dangereux par les multiples contacts suspects que les objets usuels, les jouets, l'habitude de porter les mains à la bouche, etc., multiplient à cet âge entre les jeunes enfants ».

(Docteur Julien HUBER, *Paris Médical*, 2 janvier 1937, p. 23).

Pour ces nourrissons, il est nécessaire d'augmenter les lits sanatoriaux et par conséquent les possibilités d'isolement et de traitement; nous avons vu que seul le sanatorium de Brévannes possédait 20 lits pour

recevoir les nourrissons, abstraction faite des 18 lits de crèche de l'hospice de La Salpêtrière.

*
**

Il faudrait aussi résoudre la question des tuberculeux étrangers. Ces enfants lorsqu'ils appartiennent aux nations avec lesquelles il n'existe pas de pacte de réciprocité sont bien reçus dans les hôpitaux de l'Assistance Publique mais ils ne peuvent bénéficier d'une cure sanatoriale. On les garde donc un temps très prolongé à l'hôpital qu'ils finissent par encombrer, puis ils sont rendus à leur famille. Notons en passant que le prix de revient du séjour d'un enfant à l'hôpital est supérieur à celui du séjour en sanatorium, d'où charge budgétaire qui pourrait être diminuée.

*
**

« Actuellement les malades atteints de lésions encore évolutives associées à des lésions extra-pulmonaires : lésions osseuses ou ostéo-articulaires plâtrées, suppurations ganglionnaires ne sont admis ou gardés dans aucun sanatorium. A. Odeilho (1) seuls les garçons sont acceptés et à condition qu'ils ne présentent pas de lésions pulmonaires évolutives.

La cure d'altitude ou d'insolation pourtant si utile pour eux est donc irréalisable pour ces malades ». Prof. agrégé Etienne BERNARD et Mlle Dreyfus SÉE.

(1) Depuis cette date, les filles sont également acceptées à Odeilho.

Le cas de ces enfants atteints de tuberculose pulmonaire et de tuberculose extra-pulmonaire associée serait à étudier.

En dehors des hôpitaux urbains et suburbains (La Salpêtrière et Brévannes) aucune formation de cure ne peut les recevoir.

Or ces malades dont le nombre n'est pas négligeable sont le plus souvent curables. Il leur faut un climat favorable. Il serait désirable que les sanatoriums de montagne disposent de quelques lits pour cette catégorie de malades. Les traitements médicaux, chirurgicaux ou orthopédiques imposés par leur état seraient à organiser.

Signalons encore que les sanatoriums d'enfants, Brévannes mis à part, ne gardent pas les enfants atteints d'énurésie. On ne peut cependant les priver des soins que réclame leur état et la question ne paraît pas difficile à résoudre.



Au point de vue administratif, l'attente des placements pourrait être abrégée par la simplification des formalités.

Dans l'état actuel du mode des placements, on réalise difficilement cette simplification. Les municipalités et les Assurances Sociales ne voudront pas prendre en charge les frais d'une cure sans être consultées; tout au plus pourrait-on leur demander d'activer l'examen des dossiers.

La solution du problème n'est pas là. Il faudrait un centre unique de placement qui rendrait les plus grands services, pourrait activer ces placements, choisir ou créer les organismes de cure nécessités par le nombre des malades.

« Ce centre de placement disposerait outre l'arsenal hospitalier de lutte antituberculeuse :

1° D'un sanatorium de 200 lits réservés aux enfants ayant accompli un séjour d'observation dans les hôpitaux de l'A. P.; ces lits devraient être situés dans un climat favorable, de préférence à la montagne, et où pourraient être traités également les tuberculeux pulmonaires présentant aussi des manifestations extra-pulmonaires ».

En résumé il faudrait un établissement en tous points comparable à l'admirable Roc des Fiz.

2° D'une maison de convalescence, de préférence d'altitude moyenne, destinée aux enfants convalescents de lésions pulmonaires et dans laquelle un nombre de lits importants serait réservé aux malades ayant fait un séjour d'observation ou de cure dans les établissements hospitaliers de l'A. P. Dans cet établissement de post-cure placé sous surveillance médicale stricte, les enfants proposés par les services de tuberculeux pourraient être admis sans délai et seraient progressivement réadaptés à la vie active sous surveillance médicale ».

En résumé : un établissement comparable à ce qu'est La Ravoir pour la clientèle privée.

3° Un certain nombre de lits pour nourrissons tuberculeux non évolutifs ni bacillifères dans un climat de plaine ou de faible altitude et sous surveillance médicale.

Ces enfants devraient être strictement isolés des nourrissons à cuti-réaction négative (condition non réalisée dans les préventoriums de l'O. P. H. S.) ainsi que des enfants tuberculeux évolutifs bacillifères.

On pourrait, outre la création d'un certain nombre de lits pour les nourrissons, augmenter ceux déjà existants, à Brévannes par exemple.

CONCLUSIONS

Les études cliniques modernes ont remanié nos conceptions sur la tuberculose infantile et son pronostic.

Nous savons aujourd'hui que la tuberculose du très jeune enfant, surtout celle du nourrisson, est susceptible de guérison.

Nous savons que, si au cours de la deuxième enfance les tuberculoses extra-pulmonaires, osseuses et ostéo-articulaires en particulier, sont les plus fréquentes, le contingent des enfants atteints de lésions pulmonaires n'est pas négligeable.

Nous savons que chez la fille, à partir de l'âge de 11 ans, c'est-à-dire au début de la période pubertaire, la tuberculose pulmonaire est relativement fréquente et souvent grave.

L'armement antituberculeux français comporte depuis longtemps pour la tuberculose extra-pulmonaire, osseuse en particulier, de nombreux lits de sanatoriums et de préventoriums pour enfants en climat maritime. Au contraire, par suite d'une méconnaissance des réalités cliniques, l'effort entrepris pour le traitement des tuberculoses pulmonaires de l'enfant a été négligé et, encore aujourd'hui, il est nettement insuffisant.

Les difficultés du placement des enfants tuberculeux pulmonaires en station de cure sont dues aux raisons suivantes :

1) Nombre tout à fait insuffisant de lits en sanatoriums, en particulier en sanatoriums de montagne ;

2) Difficulté de trouver un placement sanatorial pour enfants atteints de tuberculoses mixtes, pulmonaires et extra-pulmonaires ;

3) Lenteurs administratives pour un sanatorium de plaine, et beaucoup plus pour un sanatorium de montagne.

Ces lenteurs et ces difficultés font que beaucoup d'enfants *stagnent* dans les hôpitaux parisiens ou que par suite du manque de lits en sanatoriums, certains, atteints de tuberculose active et contagieuse sont indument envoyés dans des préventoriums alors que ceux-ci doivent être formellement réservés aux sujets porteurs de tuberculoses discrètes, régressives et non contagieuses.

La thérapeutique et la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant doivent bénéficier d'une extension et d'un meilleur aménagement des stations de cure, de même que d'une simplification des formalités administratives nécessaires au placement.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ARMAND-DELILLE. — La tuberculose en 1936. *La Médecine*, mai 1937.

AUGUSTIN Noël. — Thèse Paris, 1934.

BERNARD Etienne et Mlle G. DREYFUS-SÉE. — Lenteurs et difficultés des Placements en Station de cure des enfants tuberculeux adultes et enfants.

BERNARD Etienne. — *Revue de la Tuberculose*, juillet 1936.

— Le Pavillon Rambuteau à la Salpêtrière, *Documentation Médical*, décembre 1935.

BERNARD Etienne, Mlle G. DREYFUS-SÉE et HERRENSCHMIDT. — Evolution des Tuberculoses pulmonaire et extra-pulmonaire associées chez l'enfant. *Revue de la Tuberculose*, décembre 1936.

BULLETINS de l'Union Internationale contre la Tuberculose, de 1930 à 1937.

CHEVALLEY et LEROND. — Le sanatorium suburbain de Brévannes Enfants, *Paris Médical*, 2 janvier 1937.

COFFIN. — Résultats de la lutte contre la tuberculose infantile organisée dans une collectivité médicalement surveillée. *Paris Médical*, 2 janvier 1937.

COMPTE-RENDU du Congrès de La Haye, 1932, 1 volume, Masson.

- DREYFUS-SÉE (Mlle). — Armement antituberculeux et Maisons d'enfants en Haute-Savoie. *Revue Médico-Sociale de l'Enfance*, avril 1934.
- GERNEZ. — La lutte contre la tuberculose dans le cadre des Assurances Sociales. *Paris Médical*, novembre 1933.
- GODARD et Mlle REBOUL. — Placements des enfants d'Assurés Sociaux. *Bull. de la Soc. des Méd. de Sanat. et des Disp. d'Hyg. Soc.*, 5 avril 1935.
- HUBER. — Les données modernes appliquées à la sélection des enfants convalescents ou tuberculeux. *Paris Médical*, 2 janvier 1937.
- LELONG. — La lutte contre la tuberculose dans la région parisienne. Rôle de l'O. P. H. S. *Paris Médical*, janvier 1929.
- LESTOQUOY. — La régression de la tuberculose infantile dans les rapports avec la prophylaxie. *La Médecine*, mai 1937.
- MARLIN. — Thèse Paris, 1937.
- MEILCAUD-REBOUL (Mme). — Thèse Paris, 1934.
- POIX. — La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Pologne. *Presse Méd.*, 11 mai 1935.
- POIX. — La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Norvège. *Presse Médicale*, 1930, n° 94.
- PRUVOST. — Les enfants au Sanatorium de Villepinte. *Revue Médico-Sociale de l'Enfance*, déc. 1937.
- SELLIER Henri. — La lutte contre la tuberculose dans la région parisienne. *Paris*, septembre 1937.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.

